

健保組合 使用欄	支給決定額	円			常務理事	担当上司	担 当
	産科医療補償制度 加算対象の有無	無 ・ 有	受取代理人の有無	無 ・ 有			

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

三谷健康保険組合理事長 殿

被保険者 (申請者) が記入 するところ	被保険者等の記号・番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください										被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)	被保険者の生年月日					
	被保険者 (申請者) の住所	郵便番号		(フリガナ)										電話番号					
	事業所(会社)の 名称											勤務先電話番号	-						
	家族が出産するための 申請であるときは、 その方の	被扶養者の氏名					被扶養者の生年月日					被保険者との続柄							
	出産した年月日	令和 年 月 日		生産または死産の別			1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在												
	「生産」の場合 出生人数	人		「死産」の場合 死産児数			人		「死産」の場合 妊娠経過期間		満 週								
	出産した医療機関等	名称												所在地					
	出産した方	○被保険者 → 退職後6カ月以内の出産ですか。 ○家 族 → 当健保組合に加入後6カ月以内の出産ですか。										はい ・ いいえ							
		「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。										保険者名							
		○被保険者 → 現在加入している保険者について ○家 族 → 当健保組合加入前に加入していた保険者について										記号・番号							
同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を										受けた ・ 受ける予定 ・ 受けない									
振込希望口座	銀行 農協 本店 金庫 支店 信組 出張所										預金種別		普通		口座番号		口座名義 (フリガナ)		
備考																			

証明欄 (いずれかに ご記入 ください)	医師・助産師による証明	出産者氏名	出生年月日			令和 年 月 日											
		出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )		生産又は死産の別		生産 ・ 死産 ( 妊娠 週 )										
		上記のとおり相違ないことを証明する。										令和 年 月 日					
		医療機関の所在地															
		医療機関の名称															
		医師の氏名										電話 - -					
証明区 町 村 長 による	本 籍	筆頭者氏名															
	母の氏名	出生児氏名		出生年月日		令和 年 月 日											
	上記のとおり相違ないことを証明する。										令和 年 月 日 市区町村長名 ㊟						

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					(フリガナ)		委任者と代理人との関係	
	令和 年 月 日					代理人の氏名			
	被保険者 (申請者) 住所 氏名								
代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)							電話番号
	-								-